

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE 101

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean, Edmond, Joseph COTTIN

Né le 23 Avril 1930, à CHOISY-le-ROI (Seine)

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU VIADRIL
EN ANESTHÉSIE
ET DANS LE DELIRIUM TREMENS

Président : Monsieur G. MENEGAUX (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

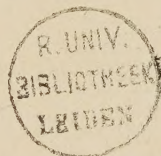
Jean, Edmond, Joseph C O T T I N

né le 23 avril 1930 à Choisy-le-Roi (Seine)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-



CONTRIBUTION A L'ETUDE DU VIADRIL
EN ANESTHESIE ET DANS LE DELIRIUM TREMENS

--:-

Président : Monsieur G. MENEGAUX (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1959

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLRET

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique Gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	{ BARIETY JUSTIN-BESANÇON MOREAU de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR VALLERY- RADOT
Cliniques obstétricales	{ LANTUEJOUL VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J. DUPERRAT TUCHMANN COUJARD N. CORNET BOYER DEPARIS BASTIN DEROBER GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO BRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX
Ana.Path.	
Bactériologie	
Biol.Méd.	
Chimie Méd.	
Dermato-syph.	
Embryologie	
Histologie	
Hydrologie	
Hygiène	
Mal.infect.	
Médecine)	
légale et	
du Trav.)	
Neurochir.	
Neurologie	
Obstétrique	
Ophtal- mologie)	
Orthopédie	
Oto-rhino)	
laryngol.)	
Parasito.	
Parasito col.	
Path.chir.	

MM.

Pat.chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAT WOLFROMM POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGLROT KREIS BARUK PICHOT
Pat.expéri- ment.	
Path.Méd.	
Pédiatrie	
Pharmacol.	
Physiol.	
Physique)	
Médicale)	
Pneumo-phtis.	
Psychiatrie	

MM.
 Psych.infant.N....
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.
 Urologie..... KUSS
 Thérapeut..... CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 { AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie..... N...
 { DREYFUS
 Clinique M^{lle} HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... M^{lle} CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... M^{lle} GOICHON
 { M^{lles} DUMATTE
 Bibliothécaires..... LE NOIR
 LAURENT
 QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mes Parents.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur G. MENEGAUX

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Messieurs SAYOUS, SEGRESTAA et BLONCOURT

Pour l'enseignement et la
bienveillance qu'ils nous
ont prodigués au cours de
notre stage interné à
Longjumeau.

A notre Jury de Thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU VIADRIL
EN ANESTHESIE ET DANS LE DELIRIUM TREMENS

Les progrès en anesthésie sont considérables, aussi bien en ce qui concerne la gamme des substances mises à notre disposition que dans la façon de manier ces produits. Plus le choix est étendu, mieux nous pouvons traiter les cas qui nous sont soumis.

Sans doute en médecine la découverte de nouveaux produits ne correspond pas chaque fois à un progrès sensible. Cependant la mise au point de certaines substances permet parfois un pas en avant. Il semble que ce soit le cas pour le Viadril.

Sa découverte par les Américains, Laubach, P'An et Rudel ayant pour point de départ les travaux de Selye en 1941 d'après lesquels certains stéroïdes auraient un effet inhibiteur sur les rats et les poissons, "marque un pas de plus vers une anesthésie plus physiologique."

Le Viadril semble avoir une action sur le système nerveux central, il paraît intervenir au niveau de la substance réticulée du tronc cérébral, aboutissant à la mise au repos du cortex.

L'étude expérimentale a montré l'absence de propriétés végétatives, hormonales et cellulaires, périphériques du Viadril. Elle établit la spécificité de son action centrale anesthésique.

L'étude électroencéphalographique par Messieurs J. Schneider et J. Baumgartner

aboutit à la conclusion que le sommeil du Viadril se rapproche électrocliniquement du sommeil normal.

De ces données, il ressort deux indications particulièrement intéressantes du Viadril : l'anesthésie et le Delirium tremens.

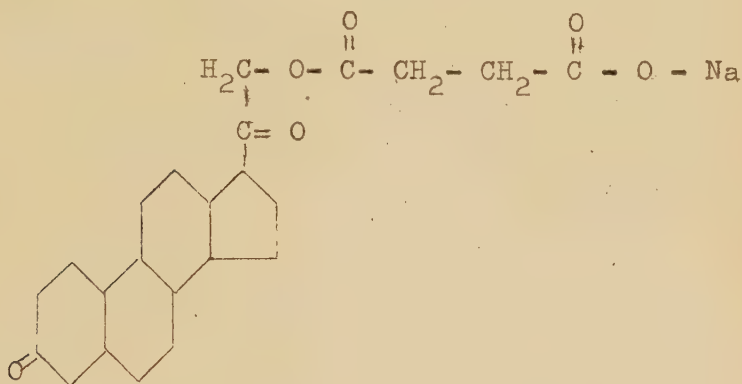
Nous nous proposons de les étudier particulièrement.

STRUCTURE CHIMIQUE ET PHARMACOLOGIQUE

-:-

Le Viadril est le succinate sodique de 21 hydroxypregnandione.

Structure chimique :



C'est une poudre cristalline blanche, soluble dans l'eau, ayant en solution un pH alcalin de 8,5 à 9,8.

La formule chimique montre que le Viadril est proche de nombreuses hormones stéroïdes. Mais, fait capital, les expérimentateurs ont unanimement conclu à l'absence de toute propriété hormonale.

°°°

Dans un premier chapitre, nous étudierons le Viadril en anesthésie, son mode d'action, son mode d'emploi. Nous présenterons ensuite nos observations qui nous permettront de passer en revue les avantages et les inconvénients de ce produit, ses indications, les associations et les comparaisons avec d'autres substances anesthésiques.

Dans un deuxième chapitre, nous définirons le délirium tremens, puis, après avoir rappelé les traitements antérieurement utilisés, nous verrons comment semble agir le Viadril dans ce domaine, son mode d'emploi et sa posologie, et après la présentation des observations, nous étudierons les avantages et les inconvénients de ce nouveau produit.

I.- LE VIADRIL EN ANESTHESIE

-:-

- Mécanisme d'action

De nombreux auteurs pensent que le Viadril serait comparable au Pentothal en ce sens que l'anesthésie serait due à l'état de sous-oxygénation de la cellule nerveuse, celle-ci ne pouvant utiliser tout l'oxygène mis à sa disposition en raison d'une inhibition enzymatique provoquée par l'anesthésique.

- Mode d'emploi

Deux méthodes peuvent être actuellement utilisées :

a) L'injection lente intraveineuse.

A la concentration de 2 à 8 ‰ dans du sérum glucosé ou salé isotonique, 0,5 g à 2 g étant injectés en 15 à 20 minutes.

b) L'injection rapide intraveineuse.

Cette méthode est préconisée par Stedfeld et De Roy-Lecoq. On peut ainsi utiliser 0,5 g à 1 g de Viadril dans 10 à 20 cm³ de sérum physiologique, tiédi à 37° environ, injecté en 10 à 15 secondes, exactement dans la veine.

Nous avons utilisé ces deux procédés avec

des résultats satisfaisants, l'injection rapide ayant toutefois l'avantage de faire gagner quelques minutes au chirurgien bien que l'on estime que l'action narcotique soit l'effet des premiers catabolites des corps stéroïdes. Cette transformation biochimique a pour conséquence un temps de latence de 5 à 10 mn qu'on ne peut faire disparaître, même avec des doses élevées du produit.

Nos observations ont été orientées plus particulièrement vers le vieillard, le sujet fatigué et l'éthylique. Les voici :

°°°

OBSERVATIONS

Dans une première série d'observations, nous avons utilisé le Viadril en perfusion.

Observation I

Madame E... 76 ans - Fracture du col du fémur gauche. Mise en place d'un clou-plaque.

Prémédication : une ampoule de Sedol I.M.

8 h. 45 - Pouls 96. TA : 14,5/8. On perfuse rapidement 0,50 g de Viadril dans 250 cc de sérum glucosé isotonique.

8 h. 55 - La malade dort. Réflexe cornéen aboli. Protoxyde d'azote-oxygène à 50 %. Circuit demi-ouvert. Traces d'éther.

On remplace le flacon de Viadril épuisé par un deuxième flacon contenant 0,50 g de Viadril dans 500 cm³ de sérum glucosé. Le débit est de 100 gouttes-minute.

9 h.-TA : 16/10. Pouls : 90.
9 h. 15 - Incision de la peau* TA : 13/8,5.
Pouls : 95.

Ralentissement du débit de la perfusion à 60 gouttes-minute.

10 h. - Pouls 95. Débit réglé à 35 gouttes-minute.

11 h 15 - Mise en place du clou.
Pouls : 75. Le débit du Viadril est de 15 gouttes-minute.

L'éther est arrêté.

12 h. - On arrête le Viadril et le Protoxyde.

12 h. 10 - L'intervention est terminée. Le pouls est à 80, la TA à 10,5/8, un peu pincée, mais l'opération a été longue et cependant assez bien supportée par cette malade âgée, dont l'état général était assez précaire.

Il a été utilisé en tout 1,50 g de Viadril.

Observation 2

Madame Z... 66 ans. Malade en insuffisance cardiaque. Gangrène nécessitant une amputation au niveau de la cuisse.

Prémédication : un Sedol IM.

9 h. 05 - TA : 12,5/9. Pouls : 80. On perfuse 0,50 g de Viadril dans 250 cm³ de sérum glucosé isotonique en 16 minutes.

9 h. 20 - La malade dort . TA : 13/9,5.
Pouls : 76.

9 h. 23 - On met en place un nouveau flacon de 500 cm³ de sérum avec 0,50 g de Viadril que l'on fait passer en goutte à goutte lent.

Protoxyde d'azote - oxygène 50 %. Circuit demi-ouvert. Traces d'éther.

9 h. 30 - Incision.

9 h. 45 - TA : 11/8. Arrêt de l'éther.

9 h. 55 - Arrêt des autres anesthésiques.

10 h. - Fin de l'intervention. Il est passé en tout 650 mg de Viadril.

La malade qui semblait avoir supporté assez bien l'intervention est morte subitement le lendemain d'un arrêt cardiaque.

Observation 3

Monsieur B... 56 ans. Ayant fait déjà un delirium tremens il y a quelques années. Ethylique fortement imprégné, trémulant, hébété, faciès congestif. Malade préparé pendant 10 jours avec du Curéthyl IV à doses décroissantes, de la vitamine B₁ à haute dose, du Largactil.

Intervention : Hernie inguinale gauche.

Prémédication : une ampoule de dolosal, une ampoule de phénergan, 0,5 mg d'Atropine.

8 h. 50 - Pouls : 90, TA : 15/9. Mise en place d'une perfusion de 2 g de Viadril dans 500 cm³ de sérum glucosé isotonique dont le débit est de 180 gouttes-minute.

9 h. - Le malade dort. Débit de la perfusion : 60 gouttes-minute.

9 h. 5 - Réflexe cornéen aboli. On installe le masque avec seulement de l'oxygène.

9 h. 10 - Pouls : 110. Protoxyde d'azote-oxygène 2/3. Débit du Viadril : 40 gouttes-minute.

9 h. 15 - Une ampoule de Flaxedil. Début de l'intervention.

9 h. 25 - Pouls : 140. Perfusion : 30 gouttes-minute. Le relâchement musculaire est satisfaisant.

9 h. 45 - Pouls : 120. Débit : 25 gouttes. Le malade est bien, on ajoute cependant 8 cg de Nesdonal, l'opération étant difficile.

9 h. 55 - Pouls : 120. Débit : 15 gouttes minute. Le relâchement musculaire et le

rythme respiratoire sont satisfaisants.

10 h. 10 - Le malade bouge légèrement, on injecte alors 0,08 g de Nesdonal dans le tuyau de la perfusion.

10 h. 20 - Fin de l'intervention. TA : 14/9. Pouls : 100.

Anesthésie faite avec 1 g de Viadril, 0,16 g de Nesdonal, une ampoule de Flaxedil et Protoxyde-Oxygène à 50 %.

On poursuivra la perfusion de Viadril pendant 48 h. à un débit très lent pour prévenir le Delirium tremens. Grâce à ces précautions, le malade sort de l'Hôpital 12 jours après l'intervention, et son état général est nettement amélioré.

Observation 4

Madame S... 84 ans, Fracture du col du fémur, mise en place d'un clou. TA : 17/10. Pouls : 80.

Prémédication : un Sedol IM.

8 h. 50 - On perfuse 0,50 g. de Viadril dans 250 cm³ de sérum glucosé. Au bout d'un quart d'heure, le flacon est terminé, la malade dort.

9 h. 05 - Nouveau flacon avec 0,50 g de Viadril et 500 cm³ de sérum glucosé, débit: 55 gouttes-minute. Protoxyde d'azote-oxygène 50 %. Circuit demi-ouvert. Les réflexes oculaires sont atténués mais pas tout à fait abolis.

9 h. 30 - Pouls : 60. TA : 13/8. Rythme respiratoire satisfaisant.

9 h. 55 - Incision après réduction et contrôle radiologique. Le débit de la perfusion sera ralenti progressivement jusqu'à la fin de l'intervention.

11 h. 15 - L'Opération est terminée : TA : 13/8. Pouls : 60.

Anesthésie assez facile, réalisée avec

1 g de Viadril environ et protoxyde d'azote-oxygène à 50 %. Suites opératoires satisfaisantes.

Observation 5

Monsieur P... 67 ans. Laparotomie pour cancer de l'estomac. Ce malade est très fatigué, il a été préparé pendant 15 jours par des transfusions de sang.

Prémédication : Une ampoule de Sedol IM.

8 h. 40 - TA : 12,5/6,5. Pouls : 80. Mise en place d'une perfusion de 0,50 g. de Viadril dans 500 cm³ de sérum glucosé isotonique. Débit : 200 gouttes-minute.

8 h. 55 - Le malade s'endort, mais ses réflexes cornéens sont conservés, il réagit aux pincements. On remplace le premier flacon épuisé, par un second contenant 0,50 g de Viadril et 500 cm³ de sérum. Débit : 60 gouttes-minute.

9 h. - On injecte une ampoule de flaxedil. L'intubation est pratiquée sans difficulté. Protoxyde d'azote-oxygène à 50 %.

9 h. 05 - On ajoute 0,10 g de nesdonal, le malade ne dormant pas profondément. Le débit de la perfusion est augmenté à 100 gouttes-minute.

9 h. 20 - Un flaxedil. Incision.

9 h. 25 - L'anesthésie étant un peu trop légère, on injecte à nouveau 0,10 g de nesdonal.

Le chirurgien, devant l'état avancé du cancer, décide de faire une gastro-entérostomie.

9 h. 35 - Pouls : 80. TA : 11/7. Débit : 70 gouttes-minute.

9 h. 55 - Pouls : 100. Débit : 20 gouttes-minute.

10 h. 05 - Le malade pousse un peu, on injecte 0,10 g de Nesdonal.

10 h. 25 - Le deuxième flacon de Viadril est terminé, on le remplace par du sang.

10 h. 35 - Fin de l'intervention. Extubation.

Ce malade a reçu en tout 1 g de Viadril. Cette dose s'est révélée quelque peu insuffisante, ce qui a nécessité l'injection de 0,30 g de Nesdonal en plus du protoxyde d'azote que nous utilisons presque toujours. Les suites opératoires ont été assez bonnes.

Observation 6

Monsieur C... 82 ans. Adénomectomie transvésicale.

Prémédication : une ampoule de Sedol intramusculaire.

9 h. 25 - Perfusion de 2 g de Viadril dans 500 cm³ de sérum glucosé isotonique. Débit: 120 gouttes-minute.

9 h. 35 - Le malade s'endort ; ses réflexes oculaires sont diminués.

9 h. 40 - Réflexe cornéen aboli. Mise en place d'une canule de Mayo et du masque avec protoxyde d'azote-oxygène à 50 %. Réduction du débit de Viadril à 100 gouttes-minute.

9 h. 45 - On injecte 0,05 g de Pentothal + 0,010 g de flaxedil. Incision.

10 h - Arrêt du Viadril. Il en est passé 1,70 g. On met à la place un flacon de Subtosan. On injecte à nouveau 0,05 g de Pentothal + 0,015 g de flaxedil. Le pouls est à 100, le malade, quoiqu'un peu fatigué, supporte assez bien l'intervention.

10 h. 20 - Pentothal : 0,05 g, flaxedil : 0,010 g pour la fermeture de la paroi. L'état de l'opéré est bon.

10 h. 30 - Fin de l'intervention qui a été réalisée avec 1,70 g de Viadril,

0,15 g de Pentothal, 0,035 g de flaxedil, protoxyde-oxygène à 50 %. Suites opératoires normales.

Observation 7

Monsieur P... 52 ans. Cure d'une hernie épigastrique chez un éthylique avéré.

Prémédication : Une ampoule de Sedol IM.

9 h. - TA : 13. Pouls : 100. Perfusion de 2 g de Viadril à 4 ‰. Débit : 100 gouttes-minute.

9 h. 10 - 0,25 g de pentothal et 0,015 g de d tubocurarine.

Le malade dort. Incision. Débit du Viadril : 75 gouttes-minute.

9 h. 30 - TA : 15. Pouls : 120. Protoxyde d'azote-oxygène à 50 %. Traces d'éther. Débit de la perfusion de Viadril : 50 gouttes-minute.

10 h. - Fin de l'intervention. TA : 16. Pouls : 140.

Suites opératoires normales.

Observation 8

Monsieur J... 86 ans. Gastrectomie, type Pean, pour néo prépylorique. TA habituelle : 10.

Prémédication : Sedol IM.

9 h. - TA : 9. Pouls à 80, arythmique. Perfusion rapide d'une solution de 1 g de Viadril dans 500 cm³ de sérum glucosé isotonique.

9 h. 10 - Intubation.

9 h. 12 - Incision.

9 h. 20 - TA : 6. Pouls incomptable. Adjonction d'une ampoule de néosynéphrine dans le flacon.

9 h. 30 - Le Viadril est arrêté. Perfusion

rapide d'un flacon de sang. TA : 6,5. Pouls mieux perçu : 60.

9 h. 35 - Protoxyde d'azote-oxygène à 30 %. Le malade est encombré, on procède par intermittence à une aspiration des voies aériennes supérieures.

9 h. 45 - TA : 6. Pouls : 80.

10 h. - TA : 10.

10 h. 15 - Fin de l'intervention. TA:6,5. Perfusion d'un second flacon de sang + une ampoule de coramine et une demi-ampoule de néosynéphrine.

Dans la journée, le malade reçoit un troisième flacon de sang, sa tension oscille autour de 6 avec une chute à 3 vers 17 h. combattue par une ampoule de néosynéphrine et une ampoule de pressyl.

Ce malade meurt deux jours après l'intervention.

Observation 9

Monsieur H... 58 ans. Ethylique, trémulant, agité.

Exploration et sutures de plaies de la face, avec fracture de la face externe de la cavité orbitaire.

Prémédication : dolosal, atropine.

11 h. 25 - TA : 20 / 9. Pouls : 120. Mise en place d'une perfusion de Viadril à 4 ‰ dans du sérum salé isotonique. Débit : 150 gouttes-minute.

11 h. 40 - TA : 17 / 10. Pouls : 100. Le malade ne dort pas, il est passé 1,5 g de viadril, le premier flacon est épuisé. On continue la perfusion avec une solution de Viadril à 4 ‰ dans du sérum glucosé isotonique. Débit : 200 gouttes-minute.

12 h. - Le blessé ne dort toujours pas, on injecte alors 14 cg de nesdonal dans le tuyau de la perfusion dont le débit passe à 60 gouttes.

12 h. 05 - Il est nécessaire d'injecter à nouveau 15 cg de nesdonal.

12 h. 08 - Il est pratiqué, de plus, une anesthésie locale avec quelques cm³ de xylocaïne.

12 h. 10 - Début de l'intervention.

12 h. 20 - On injecte à nouveau 15 cg de nesdonal.

12 h. 50 - Fin de l'intervention. TA : 15/9. Pouls : 100.

On prolongera la perfusion de Viadril pendant 48 h. à raison de 2 à 3 grammes de viadril par jour, dans le but de calmer ce malade et d'éviter un delirium tremens.

Il est à noter également que malgré une dose importante de viadril, environ 2,50 g en une heure, il a été nécessaire d'avoir recours à des doses élevées de nesdonal, compte tenu de l'effet potentialisateur du Viadril vis-à-vis de ce produit.

Observation 10

Monsieur N... 65 ans, diabétique. Amputation d'un orteil gangréné.

Prémédication : Sedol IM.

Perfusion d'une solution de Viadril à 4 ‰ dans du sérum salé isotonique. 400 mg de Viadril suffisent pour réaliser cette intervention.

Dans une deuxième série d'observations, nous avons utilisé le Viadril en injection rapide.

Observation 11

Madame X... 80 ans. Fracture du col du fémur, mise en place d'un clou-plaque.

Prémédication : une ampoule de Sedol IM.

11 h. 15 - TA : 17/9. Pouls : 80. Injection rapide de 1 g de Viadril dans 20 cm³ de sérum physiologique tiédi à 37°.

11 h. 21, - La malade dort. Protoxyde d'azote-oxygène à 50 %.

11 h. 30 - TA : 9/5. Pouls : 120.

11 h. 40 - Mise en place d'une perfusion de 500 mg de Viadril dans 500 cm³ de sérum glucosé. Débit : 15 gouttes-minute.

11 h. 50 - Incision.

12 h. 15 - TA : 11/6. Pouls : 100. Mise en place du clou. Arrêt de la perfusion de Viadril remplacé par un flacon de sang.

12 h. 25 - Fin de l'intervention. TA : 10/6. Pouls : 100.

Opération faite seulement avec un peu plus de 1 g de Viadril et Protoxyde d'azote-oxygène à 50 %. Suites opératoires normales.

Observation 12

Monsieur B... 57 ans, éthylique, Hydrocèle. TA : 14/9. Pouls : 120.

Prémédication : dolosal, phénergan, atropine (0,5 mg).

10 h. 50 - Injection de 1 g de Viadril dans 20 cm³ de sérum physiologique tiédi.

10 h. 55 - Le malade dort. Installation d'une perfusion de Viadril à 1 % dans du sérum glucosé. Débit : 20 gouttes-minute. Protoxyde-oxygène 66 %.

11 h. - TA : 11/7. Pouls : 115.

11 h. 20 - Fin de l'intervention. TA : 9/5.

On continue la perfusion de Viadril pendant 48 h., en raison de l'imprégnation éthylique.

Intervention menée à bien avec un peu plus de 1 g de Viadril et protoxyde d'azote-oxygène 66 %.

Observation 13

Madame B... 79 ans. Fracture du col du fémur, Pose d'une tête acrylique.

Prémédication : Sedol IM.

9 h. 15 - TA : 22/12. Pouls : 140. On injecte 1 g de Viadril en solution dans 20 cm³ de sérum physiologique tiédi.

9 h. 20 - La malade dort. On installe le masque avec protoxyde-Oxygène à 66 % ainsi qu'une perfusion de Viadril à 1 %₀₀ dont le débit est à 60 gouttes-minute.

9 h. 40 - TA : 21/12. Pouls : 100. Incision.

10 h. - TA : 19/12.

10 h. 15 - Arrêt de la perfusion de Viadril.

10 h. 35 - Fin de l'intervention.

L'anesthésie a été donnée avec 1g de Viadril à la seringue + 200 mg en perfusion et N²O-Oxygène à 66 %.

Observation 14

Madame C... 86 ans. Fracture du col du fémur, pose d'une tête en acrylique.

Prémédication : Sedol IM.

11 h. - TA : 15/8. Pouls : 90. On injecte rapidement 1 g de Viadril dans 20 cm³ de sérum physiologique.

11 h. 07 - La malade dort. On poursuit l'anesthésie avec une perfusion de Viadril à 1 %₀₀, à débit lent et N²O-oxygène à 50%.

11 h. 15 - TA : 12,5/8. Pouls : 84.

11 h. 25 - Incision.

11 h. 45 - La malade bouge un peu ; il lui est donné quelques bouffées de cyclopropane.

12 h. - Il est à nouveau nécessaire d'utiliser le cyclopropane pendant quelques instants.

12 h. 05 - Pose de la tête.

12 h. 15 - Arrêt de la perfusion de Viadril.

12 h. 30 - Fin de l'intervention. TA : 10/7,5. Pouls : 90.

La malade est fatiguée ; cependant, trois jours après l'intervention, son état est satisfaisant.

Anesthésie réalisée avec un peu plus d'un gramme de Viadril, N²O-oxygène à 50 % et quelques bouffées de cyclopropane.

Observation 15

Madame C... 41 ans. Cure de cystocèle.

Prémédication . 1 ampoule de dolosal, 1 ampoule de phénergan et ½ ampoule d'atropine.

Cette anesthésie est pratiquée avec 1 g de Viadril dilué dans 20 cm³ de sérum physiologique, 0,50 g de P 55 est injecté en quelques secondes ; le reste du contenu de la seringue, plus lentement.

Au bout de 8 minutes, on obtient la disparition complète du réflexe cornéen, une canule de Mayo est alors mise en place.

On injecte alors une ampoule de flaxédil.

On entretient ensuite la narcose avec le mélange éther-oxygène.

Observation 16

Madame R... 54 ans. Hystéropexie.

Prémédication : Dolosal, Phénergan.

Chez cette malade, il est injecté 500 mg de Viadril dans 20 cm³ de sérum physiologi-

que sans obtenir la disparition complète du réflexe cornéen.

L'anesthésie est ensuite entretenue par l'éther et par quelques bouffées de cyclopropane.

Observation 17

Madame M... 29 ans. Ovariectomie, salpingectomie.

Prémédication : une ampoule de dolosal, 0,5 mg d'atropine.

Pour cette malade, nous préparons une seringue de 20 cm³ de sérum physiologique dans lequel est dilué 1,50 g de Viadril.

On injecte d'abord 1 g de P55 en 15 à 20 secondes. On obtient la disparition du réflexe cornéen ; une canule de Mayo est mise en place.

Lors de l'incision, la patiente réagit ; on réinjecte alors 250 mg de Viadril.

10 minutes plus tard, nouvelle injection de 250 mg de Viadril.

Quelques instants plus tard, on injecte une ampoule de flaxedil.

L'intervention a donc été réalisée avec 1,50 g de Viadril et une ampoule de Flaxedil.

°°°

AVANTAGES ET INCONVENIENTS DU VIADRIL

Ces observations tendent à confirmer un certain nombre d'avantages, déjà connus, du Viadril :

- Sa faible toxicité, l'absence d'action nocive chez les individus présentant une insuffisance cardiaque, hépatique ou rénale.

- Son absence d'action dépressive respiratoire chez l'homme.

- Son action sur le réflexe laryngé, qu'il déprime, sans le supprimer.

- Sa neutralité d'action vis-à-vis des fonctions végétatives.

- Son action progressive, agréable pour le malade.

- La possibilité pour l'opéré de reprendre conscience rapidement 20 à 30 minutes après l'arrêt de l'anesthésie.

- La stabilité du niveau de la narcose.

Parmi les inconvénients, peu nombreux, du Viadril, deux sont déjà classiques: l'existence d'un temps de latence entre l'injection et la narcose, les thromboses veineuses.

Le premier est atténué par l'injection rapide. Quant au second, nous avons rencontré deux cas d'irritation des tissus dans la zone d'injection ayant rétrocedé aisément par application de compresses alcoolisées. Aucun opéré ne nous a signalé de douleur au cours de l'anesthésie.

°°°

INDICATIONS

De nos observations, il ressort également que le Viadril peut s'appliquer avec intérêt à une gamme étendue d'individus :

- Les sujets âgés, tout d'abord, présentant souvent une insuffisance respiratoire,

cardiaque, hépatique, ou rénale, plus ou moins accentuée, simple ou associée, nous paraissent particulièrement justiciables de l'anesthésie au Viadril. Il nous semble en effet que nos résultats en chirurgie gériatrique, auraient été moins satisfaisant si nous avions utilisé un autre mode d'anesthésie.

- Les éthyliques, dont l'état général est souvent précaire, supportent d'une façon très satisfaisante l'anesthésie au Viadril. Ils nous semblent constituer des individus auxquels l'anesthésie stéroïde convient parfaitement. De plus, nous avons prolongé pendant la période qui suit l'intervention, environ 48 heures, l'administration de Viadril. Il a été possible ainsi d'éviter l'agitation au réveil de l'opéré et surtout le delirium tremens, chez des individus en état de pre-delirium. Il semble donc que ce procédé soit à retenir.

- D'ailleurs, tous les sujets dont l'état général est mauvais, les obèses, les diabétiques, bénéficient de ce mode d'anesthésie peu toxique.

En dehors de ces indications que nous avons pu vérifier, nous citerons rapidement d'autres applications de ce produit, en nous rapportant aux expériences de différents auteurs.

- Le Viadril s'est révélé un anesthésique de choix dans les interventions neuro-chirurgicales chez les malades comateux ou obnubilés.

- En chirurgie obstétricale, bien que les essais soient encore peu nombreux, les résultats obtenus, notamment dans les inter-

ventions césariennes, semblent très encourageants, l'anesthésie stéroïde n'ayant, semble-t-il, aucune action sur la respiration foetale.

- Les insuffisants hypophyso-thyroïdiens semblent pouvoir tirer profit de la narcose au Viadril.

- L'anesthésie des grands brûlés paraît elle aussi pouvoir bénéficier du P 55.

- Bien entendu, le Viadril peut être utilisé chez des individus en bon état général, nous avons d'ailleurs publié quelques observations de ce type. Mais il semblait plus intéressant de déterminer les domaines où le P 55 se révèle meilleur que les autres agents anesthésiques.

°°°

ASSOCIATIONS AU VIADRIL

Le P55 peut être utilisé comme seul anesthésique, une de nos observations est de ce type. Pourtant, il semble que l'association donne une anesthésie plus aisée, sans inconvénients pour le malade et de meilleure qualité dans la majorité des cas.

- Nous avons utilisé très souvent le protoxyde d'azote avec des résultats satisfaisants : le Viadril étant l'anesthésique de base et potentialisant de façon efficace le N_2O , qui, employé seul, est inutilisable en chirurgie générale. Le protoxyde est utilisé avec l'oxygène dans des proportions oscillant autour de 50 %. Enfin, le protoxyde d'azote est, comme le Viadril, peu toxique, il s'élimine rapidement. Il ne modifie donc pas les indications du Viadril.

- L'éther a été associé plus rarement, mais à très petites doses - souvent par bouffées - de manière à éviter un surdosage dû à la forte potentialisation de ces deux produits.

- Il a été plusieurs fois associé des barbituriques au P55, l'induction se faisant au Viadril, l'injection de nesdonal étant pratiquée par petites quantités (généralement 8 à 10 cg à la fois) lorsque l'on a désiré approfondir la narcose. Nous n'avons jamais eu d'accidents (apnée) malgré la potentialisation de ces deux produits. Il est vrai que nous avons utilisé de petites doses espacées de barbituriques. Cette association nous a semblé assez bonne.

- Enfin, l'association avec le cyclopropane nous a paru donner elle aussi une anesthésie de bonne qualité.

Le Viadril s'avère donc un excellent potentialisateur.

°°°

COMPARAISON DU VIADRIL AVEC D'AUTRES SUBSTANCES ANESTHESIQUES.

Nos observations confirment les données déjà mises en évidence par différents auteurs ; à savoir :

- Le passage dans l'inconscience est lent et agréable avec le Viadril et la quantité de stéroïde nécessaire à l'induction ne diminue pas avec l'accroissement du débit, contrairement aux barbituriques. Cependant, si la dose nécessaire pour obtenir la narcose de base est environ de 1 g en moyenne, elle varie, comme pour les barbituriques,

de façon appréciable suivant les individus. Les sujets très âgés (au-dessus de 75 ans) peuvent être endormis avec des doses très faibles. Au contraire, nous avons constaté, chez les éthyliques, une résistance à la narcose qui nécessitait l'emploi de doses nettement plus élevées de P55.

- L'augmentation de la profondeur du sommeil est faiblement influencée par le Viadril, alors qu'elle est aisément réalisable avec les barbituriques ; mais les stéroïdes ont l'avantage de ne pas faire craindre le surdosage.

- Des notions précédentes, il résulte que l'entretien de la narcose est un peu moins aisé qu'avec les barbituriques. Mais la stabilité de la narco-anesthésie est supérieure à celle que l'on obtient avec les barbituriques et à peine inférieure à celle obtenue avec l'éther.

- Le Viadril s'élimine plus rapidement que les barbituriques.

- Le réveil est toutefois plus lent qu'avec le cyclopropane et protoxyde d'azote, mais il est plus rapide qu'après narcose aux barbituriques et surtout à l'éther. L'opéré ne présente pas de somnolence secondaire aussi marquée qu'avec ces deux derniers produits.

- L'intubation trachéale est plus facile qu'avec les barbituriques.

- La sonde trachéale paraît mieux supportée qu'avec l'éther et les barbituriques.

- Enfin, si le relâchement musculaire est nettement inférieur à celui que procure l'éther, il semble supérieur à celui entretenu par les autres anesthésiques.

II.- LE VIADRIL DANS LE DELIRIUM TREMENS

-:-

Il est tout d'abord intéressant de définir avec précision le Delirium et de le différencier des autres délires d'origine alcoolique qui s'en distinguent tant du point de vue clinique que du point de vue pronostique.

Du point de vue clinique, d'après Coirault et Laborit, le delirium tremens est une association de délire confuso-onirique, de trouble psychomoteur et d'un syndrome neuro-végétatif.

Le délire confuso-onirique n'est pas suffisant pour porter le diagnostic ; s'il est isolé on peut parler de bouffée confuso-onirique simple, de délire alcoolique subaigu, mais pas de delirium tremens.

Les troubles psychomoteurs du delirium tremens sont caractérisés par leur stéréotypie, le malade est en proie à un tremblement, à des mouvements de succion, d'agrippement, à un mâchonnement, qui ont un aspect automatique ; le malade marmonne sans arrêt.

Le syndrome neuro-végétatif est au premier plan, il inquiète ; la température est instable, elle oscille le plus souvent autour de 38°, 38°5, avec des flèches élevées. Le pouls lui aussi varie d'un moment à l'autre. La tension artérielle subit également des

fluctuations, elle se pince parfois avec risque de collapsus. Enfin signalons que le malade est couvert de sueurs abondantes, d'une façon constante et qu'il présente une sitiophobie.

Du point de vue pronostique, il est également intéressant de différencier le délirium tremens, de pronostic sévère, du délire aigu ou subaigu alcoolique qui réagissent bien aux médications classiques telles que le sulfate de magnésie et la chlorpromazine. C'est peut-être d'ailleurs une certaine confusion des termes qui a permis une discordance surprenante entre les statistiques publiées antérieurement sur les succès thérapeutiques dans le delirum tremens.

°°

ETIOLOGIE

Le rôle du sevrage est certain dans le déclenchement de la crise de delirium. Mais un traumatisme, un choc, jouent un rôle favorisant.

°°

TRAITEMENTS UTILISES

AVANT LA DECOUVERTE DU VIADRIL

Depuis longtemps, la strychnine a été utilisée et elle constituait encore récemment un traitement de choix. En effet, il existe dans le delirium une excitabilité moindre du nerf par rapport au muscle ; il y a une hyperexcitabilité musculaire. La strychnine modifie cette situation ; elle tend à harmoniser l'excitabilité nerf-muscle.

Les vitamines ont été également utilisées, elles combattent le déficit vitaminique. En outre, la vitamine B 1 agit dans le même sens que la strychnine.

L'action du sulfate de magnésie s'est révélée insuffisante dans le delirium vrai.

On pense que dans le delirium tremens il y a fixation du potassium dans l'espace cellulaire, la cortisone permettrait la fuite cellulaire du potassium ; certains auteurs ont obtenu d'assez bons résultats avec cette thérapeutique. Par contre, la Chlorpromazine aggrave le déséquilibre Ki-Ke.

°°°

MECANISME PRESUME DU VIADRIL

Cliniquement, le Viadril calme le système nerveux central. Il agirait sur le centre diencephalique en interrompant les influx sensoriels et les stimuli intero et extéroceptifs, et en provoquant le sommeil.

Biologiquement, de nombreux auteurs admettent qu'au cours du delirium le muscle s'enrichit en potassium ce qui explique l'hypokaliémie et l'hypokaliurie, alors que le nerf en fixe beaucoup moins. Tandis que l'acétate de désoxycorticostérone tend à empêcher le potassium de pénétrer dans le muscle et la cortisone à l'en faire sortir, le Viadril semble avoir, dans ce domaine, une action intermédiaire entre ces deux produits. Il dirigerait le potassium soit vers l'espace extra-cellulaire soit vers le nerf, harmonisant ainsi sa répartition.

En outre, le Viadril augmenterait la magnésémie et la magnésiurie et ferait baisser les protéines.

Bio-électriquement il rétablit l'harmonie entre le nerf et le muscle.

°°°

MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE

Deux voies d'injection sont employées :

a) La voie intraveineuse, la plus courante et la plus rapide ; son emploi peut être facilité, si le malade est très agité, par la confection d'une manchette plâtrée. On utilise généralement une perfusion de Viadril de 1 à 4 ‰ dans du sérum glucosé isotonique.

b) La voie sous-cutanée utilise le plus souvent sérum salé et hyaluronidase.

Le débit d'injection est variable ; au début il est en moyenne d'une goutte à la seconde. Une fois le sommeil, ou tout au moins le calme obtenu, la perfusion se prolongera à la demande, c'est-à-dire à la dose suffisante minima pour maintenir le malade dans un état satisfaisant.

La dose nécessaire pour obtenir le sommeil est variable suivant les individus et suivant qu'il s'agit bien d'un delirium ou non. Elle varie entre 500 mg et 2 g. La dose moyenne est de 1,5 g pour laquelle, par voie veineuse, on obtient le plus souvent le sommeil au bout de 15 à 20 minutes. La dose nécessaire par jour varie de 3 à 6 g. La dose totale pour la cure se situe entre 8 et 20 g. Enfin, la durée du traitement est en moyenne de 2 à 4 jours ; une cure trop courte expose aux rechutes.

°°°

OBSERVATIONS

Observation 1

Monsieur Z... 49 ans.

Chute sur le bras le mardi. Entre dans le service le mercredi soir.

Les clichés montrent : Une fracture-luxation de la tête humérale.

Blessé calme, non choqué, conscient,

L'interrogatoire révèle une consommation moyenne de 1,5 litre à 2 litres de vin rouge par jour.

- Vendredi matin, intervention : Ablation de la tête et blessure de l'artère humérale occasionnant une hémorragie de moyenne importance.

- Dans l'après-midi, transfusion de 2 flacons de sang isogroupe. Apparition de petits mouvements incoordonnés des deux mains, mâchonnement, incohérence du vocabulaire, désorientation temporo-spatiale.

TA : 12/9. Pouls : 80. T° à 37°7.

- Vendredi 23 h : Agitation, délire caractérisé, thèmes professionnels.

Le malade recevait jusqu'alors : curethyl A, strychnine, hydrosol polyvitaminé B.

On met en place une perfusion de Viadril, 500 mg dans 500 cm³ de sérum glucosé. Les 300 premiers cm³ passent en 25 minutes environ. Le malade s'endort : chute de la TA de 10 à 7,5, pouls inchangé.

Le malade dort pendant que vont passer les 5 premiers flacons.

- Le samedi à 12 h 30, le malade avait reçu 6 flacons soit 3 g.

Dans la nuit du samedi à dimanche, on passe le cap des 10 flacons, toute autre thérapeutique étant interrompue, à l'exception de : pénicilline 1 million, streptomycine 1 g, qui sont maintenues.

- Après 9 g de Viadril passés en moins

de 48 h, le malade se réveille, parfaitement présent, tout à fait cohérent dans son attitude et ses propos.

Observation 2

Monsieur Ch... 58 ans.

Fracture de la branche ischio-pubienne que l'on traite par le repos au lit, sans agression chirurgicale.

Ethylique connu et ancien : 2 à 3 litres de vin par jour, apéritifs, digestifs... Les précautions d'usage sont mises en oeuvre d'emblée en plus de l'antibiothérapie usuelle: Boissons alcoolisées : $\frac{3}{4}$ de litre par jour, curethyl A IV ; 2 ampoules, pénicilline : 1 million, streptomycine:1 g.

- Au deuxième jour, trémulation très importante, logorrhée sans délire. Traitement entrepris : strychnine : 25 mg, vitamine B 12: 1000 gammas, SO_4Mg : 3 fois 10 cm3, vitamine B 1.

- Au 6ème jour, dans la nuit, brutalement, le delirium s'affirme, avec trémulation excessive, mouvements désordonnés, hallucinations visuelles, auditives, sensorielles, désorientation complète temporo-spatiale.

La température de 38° de moyenne monte à 39°5 ; pouls à 120, langue sèche. TA oscillante : 14/8 à 16/9.

- Le lendemain on arrête le traitement antérieur au profit du Viadril.

L'état est sérieux : poussée thermique à 40°3, déshydratation que l'on n'arrive pas à compenser par plus de 2 l de liquide quotidien.

Schéma thérapeutique utilisé :

- Premier jour : 3,5 g de Viadril en perfusion à 1 %/o. dans du sérum glucosé isotonique.

Obtention rapide d'un état de somnolence avec repos complet psychique et musculaire.

- Deuxième jour : 3,5 g de Viadril auxquels 3 fois 5 mg de Cortancyl sont adjoints.

- Troisième jour : 4 g de Viadril sur une aggravation passagère qui ne résiste pas à l'augmentation de la dose. La température décroche à 38/38°5.

- A la fin du 3ème jour, le cap difficile est passé. Malade somnolent, mais sensible aux incitations extérieures, langue humide, diurèse abondante et colorée.

- Les jours suivants : Viadril, 2 g ;
1,5 g ; 0,5 g.

Particularités observées :

- Hypersécrétion bronchique traduite par de nombreux râles humides, combattue par 1/4 mg de sulfate d'atropine deux fois par jour.

- Thrombose des veines, cathétérisées ou non, assez étendue pour rendre difficile la poursuite du traitement, et nous amenant dans les deux derniers jours, à adjoindre 100 mg d'Héparine dans l'espoir de maintenir la perméabilité de la dernière veine accessible.

Le traitement est arrêté le 7ème jour. Ce malade a reçu :

15 g de Viadril avec une moyenne de 2,5 l. de liquide IV,

15 mg de Cortancyl le 3ème jour,
2 fois 100 mg d'héparine les 2 derniers jours pour des raisons mécaniques.

Observation 3

Monsieur T... 40 ans.

Entre dans le service pour fracture du fémur d'un côté et luxation traumatique de la hanche de l'autre côté.

- Dans la nuit du lundi au mardi, il com-

mence à s'agiter, est couvert de sueur, zoopsies.

TA : 14/8. Pouls : 130, T° : 38°5.

- Le lendemain matin, les troubles se sont accentués, ses mouvements sont stéréotypés, il agrippe, il mâchonne, monologue incompréhensible.

On décide alors de traiter ce malade au Viadril et l'on fait passer rapidement une perfusion de 1 g de Viadril dans 500 cm³ de sérum glucosé isotonique.

Le flacon terminé, le malade est beaucoup plus calme mais pas endormi, et l'on continue, par voie veineuse, le Viadril à 1 %/00 à un débit accéléré.

La TA et le pouls n'ont pas varié, mais au bout de 6 h., quoique 2,5 g de Viadril soient passés, le blessé est encore agité. Il se défait de la perfusion, ce qui nous amène à confectionner une manchette plâtrée. Vers 19 h, petit clocher thermique à 39°5.

Dans la soirée, le malade reçoit, outre le Viadril continué à 1 %/00 et à un rythme rapide, 10 cm³ de sulfate de magnésie et 10 cm³ de sérum salé hypertonique.

- Le lendemain matin, le malade est mieux : T° : 38°, pouls : 120, arrêt de la transpiration. On renouvelle le sulfate de magnésie et on poursuit le Viadril.

- En 24 h., ce malade a reçu 5,5 g de Viadril et on n'a pas obtenu le sommeil. Le malade est un peu trémulant, présente quelques hallucinations visuelles, répond cependant aux questions, mais souvent avec incohérence. On ajoute ½ ampoule de largactil dans la perfusion.

- Le mardi, le malade reçoit 3,5 g de Viadril.

- Le mercredi, malgré un ralentissement de la perfusion, le malade ne reçoit en effet que 2 g de Viadril, son état est stationnaire.

- Le jeudi, le blessé passe une nuit plus calme que les précédentes. Pouls : 90. TA : 13/8. En fin d'après-midi, son état s'est amélioré, il répond correctement aux questions et ne présente qu'un léger tremblement.

Il reçoit ce jour-là 1,5 g de Viadril. On maintient encore une perfusion pendant la nuit avec 0,5 g de P55.

- Le vendredi matin, l'état du malade étant satisfaisant, on arrête définitivement le Viadril.

Ce malade a donc été traité pendant 4 jours avec 13 g de Viadril en perfusion veineuse. Nous n'avons pas obtenu le sommeil ; peut-être aurions-nous dû utiliser des doses encore plus élevées de Viadril le premier jour ; cependant cette posologie s'est révélée suffisante pour amener la guérison définitive.

Signalons, en outre, chez ce malade, l'absence d'encombrement et d'hypersécrétion pulmonaire, mais par contre la présence de thrombose des veines des bras.

°°

AVANTAGES ET INCONVENIENTS

De nos observations, nous retirons l'impression qu'un pas important a été franchi dans le traitement du delirium tremens. Alors que trop souvent auparavant nos malades mouraient, les trois sujets que nous avons traités par le Viadril ont été guéris.

Sans doute le Viadril présente-t-il quelques inconvénients. Mais l'hypotension que nous avons parfois notée n'a jamais été inquiétante. L'hypersalivation et l'encombrement bronchique ont été aisément jugulés par l'atropine. Nous n'avons jamais rencontré

la chute en arrière de la langue. L'irritation du système veineux n'est pas un inconvénient suffisamment important pour compenser l'intérêt du Viadril qui entraîne la guérison de la majorité des cas de delirium tremens et dont la marge de sécurité est très grande. En outre, le Viadril ne masque pas les signes infectieux qui peuvent être associés au delirium. Enfin, il permet des associations thérapeutiques qui complètent et renforcent son action. Nous avons, pour notre part, utilisé le sulfate de magnésie, le cortancyl, le largactil; d'autres auteurs ont employé la vitamine B I, le curethyl. Cependant, une étude plus approfondie des associations utiles reste à faire.

CONCLUSIONS

-:-

Ainsi le Viadril, produit récent, a-t-il un intérêt pratique immédiat. Nous avons insisté plus particulièrement sur deux domaines dans lesquels le Viadril nous semble dominer les autres substances connues à ce jour, à savoir l'anesthésie chez le sujet âgé et chez l'éthylique, le traitement du delirium tremens.

Chez le vieillard et le taré, dont l'état général est souvent précaire et qui présentent très souvent une insuffisance respiratoire, cardiaque, hépatique ou rénale, le Viadril entraîne une narcose douce, progressive, un réveil agréable. De plus, il ne déprime pas la respiration.

L'agression que provoque sur l'organisme de ces individus hypersensibles à la narcose, la plupart des anesthésiques couramment utilisés semble pouvoir être ainsi évitée.

En injection lente ou en injection rapide, ce produit nous a donné le plus souvent entière satisfaction chez des sujets très âgés au cours d'interventions diverses allant de l'amputation à la gastrectomie en passant par la fracture du col du fémur.

L'action hypnotique du Viadril fut le plus souvent complétée par l'action analgésique du protoxyde d'azote.

Dans le delirium tremens, nos observations confirment la remarquable efficacité du Viadril. Utilisé en injection intra-veineuse ou sous-cutanée, il entraîne rapidement la disparition ou la régression des signes cliniques, et un état de somnolence qu'il convient de maintenir pendant deux à quatre jours par un débit suffisant de la perfusion pour obtenir la guérison, une cure trop courte exposant aux rechutes.

Mais le Viadril s'est avéré utile dans d'autres domaines, et son champ d'action s'élargira peut-être encore.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : G. MENEGAUX

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

--

ARNULF G.

A propos des grandes hyperthermies
post-opératoires, malignes, de l'adulte
Mém. Acad. de Chir. 1956, 82, 714-724.

BENDA R., ORINSTEIN et NATAF R.

Sur l'emploi d'un stéroïde anesthési-
que en pratique bronchologique.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. Hôp. de Paris,
S. du 27 avril 1956, 72, n° 12-13,
1956, 377.

BROUSTET P., BRICAUD H., GAZHAU J.,
CABANIEU J. et HONTON

L'apport du traitement neuroplégique
dans le traitement de l'infarctus du
myocarde, de ses séquelles douloureuses
et d'angors rebelles.
La Presse Médicale, 63, n° 85, 24 déc.
1955, 1761-1764.

BRUNET J. L.

L'emploi des neuroplégiques dans le
traitement de l'infarctus du myocarde.
Thèse, Bordeaux, 1955.

CAHN J., GEORGES G., et PIERRE R.

Essais d'anesthésie potentialisée par
le succinate de 21 hydroxy-prégnandione.
Etude chez le rat.
Com. à la Soc. de Biol. S. des 14 et 28
janv. 1956, C.R. Soc. de Biol. CL n° 1
1956, 100.

CAHN J., GEORGES G. et PIERRE R.

Essais d'anesthésie potentialisée par le Viadril. Etude chez le lapin.

C.R. Soc.Biol. 150 (5), 946-948. S. du 26 sept. 1956.

CAMPAN M.-L. et ESPAGNO M.-T.

Premiers essais d'anesthésie hormonale.

Comm. à la Soc. de Chir. de Toulouse, S. du 25 janv. 1956.

COIRAULT R., LABORIT H., WEBER B. et HAINAUT J.

Traitement nouveau du delirium tremens par un stéroïde dérivé des corticostéroïdes (succinate de 21 hydroxy-prégnandione).

Soc. de Méd.Milit. S. du 10-11-55.

COIRAULT R., LABORIT H., DAMASIO R., HAINAUT J., WEBER B., MISSENARD et JOLIVET B.

Thérapeutiques récentes du delirium tremens. Utilisation d'un nouveau dérivé des cortico-stéroïdes : "Le succinate de 21 hydroxy-prégnandione".

Comm. à la Soc.Méd.-Psychol. S. du 28 nov. 1955. Ann. Méd.-Psychol. t. 2, n° 5, déc. 1955, 860.

COIRAULT R., HAINAUT J., WEBER B., MISSENARD J. JOLIVET B. et LABORIT H.

Etude thérapeutique. Considérations biologiques et bio-électriques. Delirium tremens.

La Presse Méd. 63, n° 72, 2 nov.1955, 1474

COIRAULT R., DAMASIO R. et CHAMBON
Quelques considérations sur un stéroïde anesthésique : le succinate sodique de 21 hydroxy-prégnandione (Viadril)
L'Encéphale, XLV, n° 1, 1956, 81.

COIRAULT R., LABORIT H. et DAMASIO R.

Le succinate sodique de 21 hydroxy-pregnandione. Etudes biologiques, bio-électriques (Rhéotone électronique), électroencéphalographiques et thérapeutiques (delirium tremens). Rev.Méd.Franç. 37, n° 3, mars 1956, 163.

COIRAULT R., HAINAUT J., PELACE S., MONOD P., MAUBERT et VIGIER

Considérations thérapeutiques concernant un tétanos. Première utilisation d'un stéroïde anesthésique : succinate de 21 hydroxy-pregnandione (Viadril) Anesthésie et Analgésie , XIII, n° 1, janv.-fév. 1956, 103.

DELAVEAU P.

Un dérivé des hormones stéroïdes à propriétés anesthésiques : l'hydroxy-21-pregnandione 3,20. Produits Pharmaceutiques , 21, n° 4, avril 1956, 231.

DELIGNE P. et DAVID M.

L'hydroxy-pregnandione sodium (Viadril): essais cliniques en neuro-chirurgie. Anesth. et Analg. 1956, 13, 667-693.

DELMAS-MARSALET P., BLANC M., LOISEAU P., des TERMES H., STAEFFEN J., MALEVILLE J. et MOUTON L.

Le succinate sodique de 21-hydroxy-pregnandione (Viadril) nouveau traitement du delirium tremens Journ.de Méd. de Bordeaux et du S.O., 133, n° 4, avril 1956, 356.

DELMAS-MARSALET P., BLANC M. et Coll.

Quelques résultats obtenus avec le succinate sodique de 21 hydroxy-pregnan-

dione dans le traitement du delirium tremens.

Revue Neurologique, 94, n° 5, mai 1956, 654-657.

DRAIN B.-L.

Vers une nouvelle indication des stéroïdes. Leur emploi dans certaines anesthésies.

Thèse, Paris, déc. 1955, n° 1040.

FABRE P., BOISSON L. et GRINOULAC C.

Anesthésie hormonale en chirurgie prostatique.

Comm. à la Soc. de Chir. de Toulouse, S. du 29 février 1956.

GAUJARD R. et ESCHTER E.

A propos de l'utilisation en anesthésie du succinate sodique de 21 hydroxy-pregnandione.

Soc. de Méd. Milit. Franç. 1956, 50, n° 6, 192-197.

GORDAN G.S., GUADAGNI N., PICCHI J. et ADAMS J.

Anesthésie stéroïdienne chez l'homme. Effets cliniques et cérébro-métaboliques.

La Presse Médicale, 63, n° 72, 2 nov. 1955, 1483.

HAINAUT J.

Delirium tremens. Etudes cliniques, constantes biologiques, évolution thérapeutique.

Thèse, Paris, 1955, n° 1127.

HUGUENARD P. et LABORIT H.

Note préliminaire sur une stéroïde narcotique (le succinate sodique de 21 hydroxy-pregnandione).

Anesth. et Analg. XIII, n° 1, janv.-fév. 1956, 165

KERN E.

Trois observations d'indications particulières de l'anesthésie stéroïde.
Cahiers d'Anesthésie, tome 4, n° 4,
janv. 1957.

LABORIT H., HUGUINARD P., DOUZON G., WEBER B.
et GUITTARD R.

Etude physiologique et clinique d'un
stéroïde anesthésique : le succinate
sodique de 21 hydroxy-pregnandione.
La Presse Médicale, 63, n° 83, 14 déc.
1955, 1725. Arch.Intern.Pharmac. CVII,
n° 2, 1956, 159.

LABORIT H., COIRAULT R., DAMASIO R.,
HAINAUT J. et WEBER B.

Première utilisation d'un stéroïde nar-
cotique dans le traitement du delirium
tremens.
La Presse Médicale, 63, n° 78, 23 nov.
1955, 1618.

MAYER M., HERVE R., KERN E. et Mme VINCENT
Note sur l'usage en obstétrique de
l'anesthésie stéroïdienne.
Bull.Féd. des Soc. de Gyn. et Obst.,
tome 9, n° 1, 1957, 36-41.

MURPHY J., GUADAGNI N. et DEBON F.

L'emploi des stéroïdes en anesthésie
humaine.
Médecine et Hygiène, 20 juin 1955, 251,
et 297.

RAVINA A.

Les premières applications pratiques
des stéroïdes à l'anesthésie humaine.
La Presse Médicale, 63, n° 72, 2 nov.
1955, 1479.

ROGER H.

Troubles psychiques des cardiaques.
Ann.Médico-Psychologiques, 1953,
Ire partie, 602.

SCHNEIDER J. et BAUMGARTNER J.

Le sommeil au Viadril (hémi-succinate
de 21 hydroxy-pregnandione) et son
image électroencéphalographique.
Anesthésie et Analgésie, XIII, n° 2,
mars-avril 1956, 258.

THOYER-ROZAT J. et DUPAY A.

Emploi de l'hydroxy-pregnandione dans
l'accouchement médicamenteux. Etude
expérimentale de son action sur le
muscle utérin.

Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et
Obst. tome 9, n° 1, 1957 (janvier-
mars), 42-47.

WERTHEIMER P. et DESCOTES J.

Mécanisme et traitement des hyperther-
mies post-opératoires d'après des docu-
ments neuro-chirurgicaux.

Mém.Acad. de Chir. 1956, 82, 987-993.

Viadril
(1957 - 1958)

ANDERSON C.D.

L'hydroxydione sodique (Viadril) en
anesthésie.C.R. d'une étude clinique.
California Med., sept. 1956, 85, n° 3,
187-188.

ANSBRO F.P., BLUNDELL A.E., SWEENEY J.C. jr
et PILLION J.W.

Résultats cliniques du viadril dans
1.000 cas.

J.A.M.A. , 11 mai 1957, 164, n° 2,
163-166 (Bibliogr.).

ANTER I., BAY V., CARSTENSEN E., HORATZ K.
et SCHEIBE O.

Les stéroïdes en tant qu'anesthésiques,
avec considération des modifications
du métabolisme minéral.

Anaesthesist., juin 1958, 7, n° 6,
169-172 ; 6 fig. (Bibliogr.)

BERNOLLIN F. et MAUDUIT A.

Nos indications et nos résultats du
Viadril en chirurgie générale.

Afrique franç.chir., mai-juin 1958, 16,
n° 3, 255-257.

BISQUERRA et DESCUNS

Le viadril en neuro-chirurgie.

Afrique franç.chir., mai-juin 1958,
16, n° 3, 253-254.

BONIS B. (de) et GOFFRINI M.

Etude des fonctions surrénales après
l'anesthésie par l'hydroxydione sodique.

Minerva anest., juil. 1958, 24, n° 7,
261-267, 10 fig. (Bibliogr.) (résumé
français).

CAILLAR J.(du), DURAND M. et BONAFOS M.

Dépression respiratoire à l'hydroxy-
dione.

Anesth. et Analg., nov.-déc. 1957, 14,
n° 5, 1072-1074 (Bibliogr.)

CATTANEO A.D., GEMMA G.B. et BOCCIARELLI G.

L'anesthésie stéroïde en chirurgie
plastique.

Minerva anesth., fév. 1958, 24, n° 2,
67-73, (Bibliogr.) (résumé français).

CHEYMOL J. et LEVASSORT Ch. (Melle)

Stéroïde anesthésique et hyperthermi-
sants.

Ann.Pharm.franç., sept.-oct. 1957, 15,
n° 9-10, 524-529 (Bibliogr.)

CONSTANTIN B.

Quelques essais avec l'hydroxydione.
Anest. et Analg., nov.-déc. 1957, 14,
n° 5, 998-1009.

DARDENNE G., de IEULEMEESTER J. et COPPENS J.

Apnée provoquée par hydroxydione.
Acta anaesth.belg. juil.-août 1958,
n° 1, 89-91 (Bibliogr.)

DECHENE J.P.

L'anesthésie stéroïde en chirurgie
pulmonaire.
Union Méd. Canada, fév. 1958, 87, n° 2,
155-159 (Bibliogr.)

DELIGNE P., LEPPON L. et CONSTANS J.P.

Utilisation d'un corps stéroïde en
anesthésie neurochirurgicale.
Neuro-Chirurgie, janv.-mars 1957, 3,
n° 1, 40-46 (Bibliogr.)

DITZLER J.W. et DUMKE P.R.

Expérimentation de l'hydroxydione.
Curren Res.Anesth., nov.-déc. 1957,
36, n° 6, 45-50 (Bibliogr.)

EICKSTEDT K.W., v., HAUN.G. et LENDLE L.

Les conditions pharmacologiques de
l'anesthésie par stéroïdes avec le
21-hydroxypregnan- 3,20-dion (hydroxy-
dione)
Anaesthesist, mai 1958, 7, n° 5, 143-
147 (Bibliogr.)

FRANCHI G.

Etudes sur la liaison des séro-protéi-
nes avec un stéroïde à activité anesthé-
sique.
Minerva anest. juil. 1957, 23, n° 7,
193-194 (résumé français).

GERSMEYER E.F. et SPITZBA T.H.H.

La circulation artérielle dans l'anesthésie par les stéroïdes

Klin.Wschr., 15 fév. 1958, 36, n° 4, 169-172 (Bibliogr.)

GOECKE H. et HARBORT G.

L'anesthésie de base potentialisée par stéroïdes et l'anesthésie complète dans les opérations gynécologiques
Münch.Med.Wschr., 23 mai 1958, n° 21, 834-836 (Bibliogr.)

GOMEZ F.

Essais d'utilisation du viadril en chirurgie générale.

Afrique franç.chir., mai-juin 1958, 16, n° 3, 247-250.

GREWE H.E., PIECHOWSKI U. et ZUCKERT D.

Examens cliniques dans les anesthésies par stéroïdes.

Zbl.Chir., 28 sept. 1957, 82, n° 39, 1671-1678.

GREWE H.E., PIECHOWSKI U. et ZUCKERT D.

Expérience pratique avec l'anesthésie par stéroïdes dans les interventions chirurgicales (C.R. de 500 anesthésies)
Der Chirurg., mai 1958, 29, n° 3, 121-125 (Bibliogr.)

GREWE H.E., PIECHOWSKI U. et ZUCKERT D.

Recherches cliniques sur les anesthésies par stéroïdes.

Zbl.Chir., 5 oct. 1957, n° 40, 1712-1718 (Bibliogr.)

HARBORD R.P.

Anesthésies par les stéroïdes.

Practitioner, nov. 1957, 179, n° 1073, 613-620 (Bibliogr.)

HARBORT G.

Expérience acquise avec l'anesthésie
par les stéroïdes en obstétrique et
en gynécologie

Zbl.Gyn. 27 juil. 1957, 79, n° 30,
1172-1177 (Bibliogr.)

HECKER W.Ch.

Anesthésie par stéroïdes

Zbl.Chir., 24 août 1957, n° 34. 1461-
1466 (Bibliogr.)

HOHMANN G.

Nouvelles recherches sur l'action
circulatoire de l'hydroxydion dans
la phase d'induction de l'anesthésie.

Anaesthesist, sept. 1958. 7, n° 9, 280-
282 (Bibliogr.)

KERN E.

L'anesthésie stéroïde (le Viadril)

Cahiers Anesth., mai-juin 1957, 4, n° 7,
557-576 (Bibliogr.)

KERN E.

Les indications particulières de
l'anesthésie stéroïde.

Anesth. et Analg., mai-juin-juil.,
1957, 14, n° 3, 553-564 (Bibliogr.)

KUBICKI S., JUST O. et GOTZE W.

L'anesthésie par stéroïdes et son image
électroencéphalique.

Anaesthesist, fév. 1958, 7, n° 2, 39-
44 (Bibliogr.)

LANDAU E.

La narcose basale par les stéroïdes
(presuren).

Anaesthesia av. 1958, 13, n° 2, 147-151
(Bibliogr.)

LEVI S.

Intérêt du viadril en O.R.L. (à propos de 150 cas).

Anesth. Analg., juin-juil.-août 1958, 15, n° 3, 498-504.

MONTMORENCY F.A., CHEN A., RUDEL H., GLAS W.W. et LEE L.E. jr.

Appréciation des propriétés cardiovasculaires, respiratoires et pharmacologiques générales de l'hydroxydione. Anaesthesiology, juil.-août 1958, 19, n° 4, 450-456 (Bibliogr.)

OPDERBECKE H.W.

L'anesthésie par stéroïdes.

Deutsche med. Wschr., 14 nov. 1958, 83, n° 46, 2041-2045.

OPDERBECKE H.W.

L'anesthésie par stéroïdes (fin)

Deutsche med. Wschr., 21 nov. 1958, n° 47, 2084-2087 (Bibliogr.)

PERIA G., MIRABELLA A. et CURRO S.

L'emploi de la 21-hydroxypregnandione en anesthésie.

Minerva anest., av. 1958, 24, n° 4, 151-161 (Bibliogr.) (résumé français)

PREZIOSI P. et TESAURO B.

Résultats de l'étude histologique au cours des traitements par le 21-hydroxypregnandione.

Minerva anest., fév. 1958, 24, n° 2, 84-89 (Bibliogr.) (résumé français).

RAZEMON P. et LANIEZ Cl.

Un stéroïde anesthésique : le succinate sodique de 21-hydroxypregnandione (Viadril).

Lille chir., juil.-oct. 1957, n° 4-5, 204-209.

ROCZEN J. et ROTH H.

Expérience clinique acquise dans les anesthésies par stéroïdes
Zbl.Chir., 19 av. 1958, n° 16, 905-910 (Bibliogr.)

SCHAPER et ROSENOW

L'anesthésie aux stéroïdes.
Mschr.Kinderh. mars 1958, 106, n° 3, 117.

SCHEELE R.

Expérience avec l'anesthésie par les stéroïdes en gynécologie-Obstétrique
Geburtsh.Frauenh., juil. 1958, 18, n° 7, 942-946.

SCHUTTEMEYER W. et ROTTHAUWE H.W.

Expérience acquise avec le "présurène" anesthésique stéroïde.
Münch.Med.Wschr., 31 janv. 1958, 100, n° 5, 195-196 (Bibliogr.)

SCHWARZ R.

L'anesthésie par stéroïdes en gynécologie.
Zbl.Gyn., 18 janv. 1958, 80, n° 3, 97-102 (Bibliogr.)

SCHWARZ R.

Un cas d'arrêt de respiration au cours de l'anesthésie par hydroxydion.
Anaesthesist, mai 1958, 7, n° 5, 133-134 (Bibliogr.)

SCHWARZKOPF H.

Lésions vasculaires évitables au cours des injections de "présurène" (Viadril)
Deutsche med.Wschr., 20 juin 1958, 83, n° 25, 1089-1092 (Bibliogr.)

SOUCHON F.

Traitement d'urgence par des préparations stéroïdes
Mschr.Kinderh., mars 1958, 106, n° 3,
118-119.

STEDTFELD G. et MATTHIAS H.H.

Recherches cliniques sur l'anesthésie par les stéroïdes.
Zbl.Chir., 22 sept. 1956, n° 38,
2019-2027, 5 fig. (Bibliogr.)

TONELLI O.

Un stéroïde de synthèse, le Viadril, dans l'induction de l'anesthésie en chirurgie thoracique et chez 6 volontaires.
Prensa med. argent., 25 oct. 1957, 44, n° 43, 3178-3181 (Bibliogr.)

TRUITT E.B. jr., BELL F.K. et KRANTZ J.C. jr.

Anesthésie : LIV - Effets du Viadril et de quelques stéroïdes hydrosolubles sur la phosphorylation oxydante du cerveau.
Proc.Soc.Exper.Biol.Med. juin 1956, 92, n° 2, 297-298 (Bibliogr.)

VIALARD

Quelques réflexions à la suite d'une cinquantaine d'anesthésies d'hydroxyprégnandione.
Anesth. et Analg., janv.-fév. 1958, 15, n° 1, 106-110

VINCENT-ESPINASSE J.

L'anesthésie stéroïde en obstétrique. Note préliminaire.
Anesth. et Analg., mai-juin-juil. 1957, 14, n° 3, 544-552

ZETZMANN M. et ZIPPEL W.

Notre expérience avec Viadril stéroïde, l'anesthésique dans les opérations gynécologiques.

Med.Klin., 25 av. 1958, 53, n° 17, 752-755 (Bibliogr.)

Viadril dans le delirium tremens

ALBA A. (3°)

Interprétations récentes du "delirium tremens". Phénoménologie , pathogénie et traitement.

Minerva med., 20 oct. 1958, 49, n° 84, 3936-3942 (Bibliogr.)

BELFILS J.

Traitement du delirium tremens par le succi-prégnandione. Résultats cliniques
Ann.méd.psychol., oct. 1958, 116, n° 3 598

BELFILS J. et JACQUEMET

Succi-prégnandione : inconvénients et limites de l'action thérapeutique
Ann.méd.psychol., oct. 1958, 116, n° 3, 598

BOUR H., COIRAULT R. et al.

Intoxication. Comment traiter le delirium tremens ?

Presse méd., 27 av. 1957, 65, n° 34, 811-813

BRETON J., DEFER B. et CISSE I.

Le traitement des psychoses alcooliques aiguës (Bilan de 466 accès).

Ann.méd.psychol., av. 1958, 116, n° 4, 717-723.

COIRAULT R., LABORIT H. et al.

Le delirium tremens. Etudes clinique, biologique et bioélectrique (rhéotome électronique). Thérapeutique neuroleptique. Justification d'un traitement par un stéroïde anesthésique : le succinate sodique de 21 hydroxy-prégnandione. Encéphale, 1956, 45, n° 4, 762, 770.

DUCOUDRAY J. et NOYER J.

Le traitement des syndromes alcooliques aigus par le viadril (Succinate sodique de 21 hydroxyprégnandione). Ann.méd.psychol., oct. 1958, 116, n° 3, 496-504

LABORIT H., COIRAULT R. et al.

Première utilisation d'un stéroïde narcotique dans le traitement du delirium tremens. Presse méd., 23 nov. 1955, 63, n° 78, 1618-1619 (Bibliogr.)

POSTEL J. et COSSA P.

Etat actuel de la thérapeutique du delirium tremens (sur 165 cas) Rev.neurol., mai 1956, 94, n° 5, 660-662

SOUTEYRAND P.

Traitement du delirium tremens. Marseille Méd., 1957, n° 6, 451-457.

SERIENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

